

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ВГО "Асоціація хірургів України"
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова" НАМН України

УЖІІІ З'їзд хірургів України

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

Київ
"Клінічна хірургія"
2015

УДК 617 (063)

**Затверджено та рекомендовано до друку
Президією Правління ВГО “Асоціація хірургів України”
28 квітня 2015 р., протокол № 4**

Редакційна колегія:

О. Ю. Усенко, М. В. Костилов, О. М. Литвиненко, П. О. Шкарбан, С. А. Андреещев

Рецензенти:

А. В. Габріелян, С. П. Галич, С. О. Гур'єв, Р. О. Заграб'ян, А. Є. Коваленко,
Г. П. Козинец, В. М. Копчак, О. Г. Котенко, Д. Ю. Кривченя,
А. С. Лаврик, М. Ю. Ничитайло, П. І. Нікульніков

Відповідальний за випуск

М. Ю. Ничитайло

Видано в авторській редакції.

Відповідальність за зміст та дані, наведені в роботах,
несе автор.

XXIII з'їзд хірургів України [Електронний ресурс]: 3б. наук робіт. — Електрон. дан. (80 min 700 MB). — Київ, Клін. хірургія, 2015. — 1 електрон. опт. диск (CD—ROM). — Систем. вимоги: Pentium ; 2 MB RAM ; Windows XP, 7, 8, 10 ; Adobe Acrobat Reader. — Назва з контейнеар.

У збірнику наукових робіт узагальнено досягнення сучасної науки і практики в галузі хірургії. Наведено методи лікування вогнепальних ушкоджень, сучасні технології хірургічної корекції патології органів травлення, серцево-судинних захворювань, опіків, проблеми пластичної, дитячої, бариатричної та ендокринної хірургії, широко висвітлені питання ургентної хірургії та післяопераційних ускладнень й трансплантології, та ін.

Для широкого кола лікарів-хірургів, наукових працівників, студентів медичних вузів.

тогенезом БК: первичним очагом поражения в подслизистом слое и поражением лимфатических сосудов.

Выводы

У пациентов с БК подвздошной кишки результаты илеоколоноскопии могут быть ложноотрицательными, т.к. поражение может локализоваться проксимальнее доступного осмотру колоноскопом терминального отдела подвздошной кишки, либо – в брыжейке подвздошной кишки, либо интрамурально в стенке кишки без поражения слизистой. Выполнение КТЭ и МРТЭ в комплексном исследовании при БК значительно повышает возможности диагностики, особенно при пенетрирующих формах. Эндоскопические исследования не должны ограничиваться только илеоколоноскопией вне зависимости от ее результатов, а включать в себя и эндоскопические методы исследования тонкой кишки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Криворучко И. А., Бойко В. В., Иванова Ю. В.

Харьковский национальный медицинский университет

Трудности диагностики острого панкреатита (ОП), выбора лечебной тактики, высокая летальность определяют актуальность рассматриваемой проблемы. В 15–20% наблюдений выявляют деструктивный ОП, развитие вторичной панкреатической инфекции (ВПИ) приводит к смерти 25–80% больных. Многочисленные исследования, позволившие улучшить наши представления о патофизиологии органной недостаточности и некротического панкреатита, также как и совершенствование методов неинвазивной и инвазивной визуализации, потребовало пересмотра классификации Атланты интернациональным консенсусом в 2012 году, который включает клиническую оценку тяжести течения заболевания и позволяет более точно описать локальные осложнения острого панкреатита (ОП).

Целью исследования явился анализ результатов лечения больных панкреонекротозом, основываясь на использовании классификации Атланты, пересмотр которой был предложен в 2012 г. интернациональным консенсусом.

Выполнили поиск в базе двух учреждений с 01. 2009 по 12. 2014 гг. у 514 больных с панкреонекротозом. Средний возраст больных 45,2 11,8 лет, 65% составили мужчины. Диагностика заболевания основывалась на данных клинико–лабораторных методов исследования, УЗИ, КТ, МРТ, видеолапароскопии, ЭРХПГ; ВПИ – на основании использования клинико–лабораторных данных и прокальцитонинового теста ("BRAINMS PCT–Q"), FNA. Больных распределяли в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был опубликован рабочей группой в 2012 г. У ряда больных оценивались критерии Ranson's, Imrie's (шкала Glasgow), шкала APACHE II; шкала MODS Marshall's.

Были выделены 3 группы больных: первая – 105 (20,4%) больных, которых оперовали до 14 дня от момента заболевания; вторая – 252 (49,0%) больных, которых оперовали с 15 до 29 дня, третья – 157 (30,6%) больных, которых оперовали на 30 день или позднее.

У 62 (12,1%) больных была средняя степень тяжести состояния, у 452 (87,9%) – тяжелая. Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем 12,3 1,3 дней (диапазон 6–14); во второй – 22,3 1,8 (диапазон 14–29); в третьей – 32,9 2,8

(діапазон 30–46). Найбільше число больних (421, 81,9%) були оперировані в строки от 15 днів і більше от моменту захворювання.

"Закритий" метод лікування по методикі Бегера (середня або поперечна лапаротомія) використані у 167 (32,5%) больних: летальність складала 36,5%, повторні втручання були виконані у 47,3% больних. У 181 (35,2%) больногo використані "відкритий" метод з формуванням оментобурсостоми в поєднанні з люмботомією (одно- або двосторонньої): летальність складала 20,4%, повторні втручання виконані у 8,2% больних по приводу аррозивних кровотечень і кишечних свищів. Лікування ОП "по програмі" з використанням лапаростоми при розвитку АСХ застосовані у 24 (5,1%) больних: летальність – 24%; ускладнення – 75%. При формуванні оментобурсостоми і лапаростоми у 7 больних використали вакуум-терапію з допомогою комерційного набору. Відеоасистированная некроектомія виконана у 17 (3,3%) больних: летальність – 11,8%, ускладнення – 23,5%. Дренування рідинних утворень: під контролем УЗІ – у 58 (11,3%) больних: летальність – 0%, ускладнення – 7,5%; під контролем відеолапароскопії – у 32 (6,2%) больних: летальність – 13,6%, ускладнення – 22,7%; зовнішнє дренування нагноившої псевдокисти відкритим способом вироблено у 35 (6,8%) больних: летальність складала 16,7%, ускладнення виникли у 44,4%.

Висновки

Перегляд класифікації ОП (2012), прийнятої міжнародним консенсусом в 2012 році, дозволяє приймати рішення, стосуючі вибору хірургічної тактики у больних ОП. Використання мінімально інвазивних втручань лікування різних форм ОП супроводжується меншою летальністю. Відстрочка виконання операцій при розвитку ВПІ в строки 15–29 днів і 30 і більше днів після моменту захворювання приводить до меншої летальності ($r = -0,91$, $t = -17,7$, $p < 0,001$).

ГОСТРИЙ БІЛАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ (ГБП): ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ, ЕТІОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ

Куновський В.В., Бундзило Л. В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Проблема лікування хворих з ГБП залишається актуальною та потребує подальшого вивчення, осмислення і опрацювання.

Мета. На основі ретроспективного аналізу результатів хірургічного лікування хворих з ГБП, проаналізувати передумови, патоморфологічні аспекти та етіологічні чинники які сприяли розвитку даного захворювання. Оцінити ризики виникнення ГБП в залежності від виду конкрементів і їх структури (морфологічна будова, склад та розміри), як пускового механізму ГБП, з урахуванням гендерних особливостей пацієнтів та наступним формуванням диференційованих кореляційних зв'язків.

Дослідженням було охоплено 37 хворих з ГБП, які перебували на стаціонарному хірургічному лікуванні у Кошівській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова та клінічній лікарні львівської залізниці у 2014–2015 р. Рандомізація пацієнтів проводилась з урахуванням особливостей клінічного перебігу